THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

André DAULNOY

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris,

Né à Nancy le 20 Avril 1881

ESSAI

SUR

L'Histoire des Angines

Au cours du XIXE Siècle

Président : M. le Professeur CHAUFFARD

PARIS

LIBRAIRIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince (VIe Ar^t). (Anciennement 8, Rue Casimir-Delavigne)

MAI 1911

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

André DAULNOY
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris,
Né à Nancy le 20 Avril 1881

ESSAI

SUR

L'Histoire des Angines
Au cours du XIXE Siècle

Président : M. le Professeur CHAUFFARD

PARIS
LIBRAIRIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
OLLIER-HENRY
26, Rue Monsieur-le-Prince (VIe Ar^t). (Anciennement 8, Rue Casimir-Delavigne)

MAI 1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM GILBERT DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique chirurgicale	PIERRE DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LECÈNE	OMBRÉDANNE
BERNARD	DUVAL PIERRE	LENORMANT	PROUST
BRANCA	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRINDEAU	GRÉGOIRE	LÉRI	RETTERER
BROCA ANDRÉ	GUENIOT	LŒPER	RICHAUD
BRUMPT	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
CAMUS	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIÈRE
CARNOT	JOUSSET ANDRÉ	MORESTIN	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LABBÉ MARCEL	MULON	SICARD
CHEVASSU	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	NOBÉCOURT	TIFFENEAU
COUVELAIRE		OKYNCZYC	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1778, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales, ce n'est pas sans une vive émotion que nous désirons témoigner de notre reconnaissance aux Maîtres qui nous ont largement dispensé leurs encouragements et aux amis qui nous ont toujours soutenu de leur bienveillante sollicitude.

Qu'il nous soit permis tout d'abord d'adresser nos plus vifs remerciements à M. le Professeur Th. Weiss, de Nancy, qui fut notre premier guide en pathologie chirurgicale, et nous initia aux secrets de la clinique ; nous lui en gardons un profond sentiment de gratitude.

Nous remercions aussi MM. les Professeurs Prenant et Nicolas qui, depuis, ont quitté Nancy pour venir occuper brillamment les chaires magistrales d'anatomie et d'histologie de la Faculté de Paris.

Ici, nous avons reçu, dans les hôpitaux, un enseignement particulièrement intéressant et utile, pendant les années où nous avons été externe de M. le Docteur Muselier, médecin de l'Hôtel-Dieu, de M. le Docteur Barth, médecin de l'Hôpital Necker, de M. le Professeur de Lapersonne, dont nous gardons le meilleur souvenir, et surtout de M. le Docteur Michaux, chirurgien des hôpitaux, qui nous a prodigué ses marques de sympathie et d'affectueux intérêt.

Nous profitons également de cette circonstance pour présenter l'expression de notre respectueuse gratitude à M. le Professeur Pinard, ainsi qu'à MM. les Professeurs Landouzy et Charles Richet.

Enfin, au cours de nos études, nous avons eu la bonne fortune de rencontrer d'excellents amis, dont quelques-uns sont déjà des maîtres: les Docteurs Georges Michaux, Lefas, chef de laboratoire du Professeur Cornil, F.-X. Gouraud, ancien chef de clinique de la Faculté, Lion et Griffon, médecins des hôpitaux, Boidin, ancien interne médaille d'or des hôpitaux; tous ont été pour nous du plus précieux appui, nous ne l'oublierons jamais.

Pour clore cet avant-propos, nous tenons à dire encore une fois notre très sincère merci à M. le Professeur Chauffard, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

INTRODUCTION

Le dix-neuvième siècle a marqué des progrès merveilleux dans la spécialité oto-rhino-laryngologique. On peut dire que cette spécialité n'existait pour ainsi dire qu'à l'état d'ébauche avant l'année 1800 — et même avant l'année 1875. — Les notions concernant ces trois organes essentiels de la vie — l'oreille, le nez, la gorge — étaient éparses dans les volumes de pathologie et de clinique générales.

On avait accoutumé de considérer les rhinites, les otites, les pharyngites, les laryngites comme des manifestations peu importantes d'une diathèse ou d'une affection morbide quelconque. Le médecin ou le chirurgien appelé à soigner une de ces maladies locales n'examinait même pas les lésions des organes en cause, il les ignorait de parti-pris, persuadé de la meilleure foi du monde qu'il ne pouvait rien y avoir en dehors de la constitution, de l'affection générale ou de la fièvre putride — qui expliquât les

phénomènes pathologiques locaux présentés par le patient.

Donc, la spécialité oto-rhino-laryngologique n'existait pas à la fin du 18e siècle. Elle n'existait pas beaucoup plus au milieu du XIXe siècle. Mais, depuis lors, quel chemin parcouru, que de progrès réalisés, grâce à l'Ecole Française !

Aujourd'hui, la spécialité oto-rhino-laryngologique a conquis droit de cité. Elle est officiellement reconnue et enseignée dans plusieurs Facultés de médecine ; bientôt, sans doute, une chaire magistrale sera réservée à l'enseignement de cette branche importante de la médecine à la Faculté de Paris.

Il semble donc bien que ce soit le moment d'étudier les diverses étapes franchies par cette dernière spécialité au cours du XIXe siècle. Nous avons eu l'ambition de faire cette étude, nous avons désiré montrer de quoi était partie l'oto-rhino-laryngologie, science aujourd'hui presque envahissante ; nous aurions voulu faire un tableau d'ensemble de ce qui constituait cette spécialité à la fin du XVIIIe siècle et opposer ensuite à ce tableau une vue générale de ce qui la constitue aujourd'hui, en montrant le rôle joué par quelques hommes éminents qui ont porté au premier rang une des plus jeunes branches de la médecine.

Mais la tâche était trop rude et nous avons été surtout arrêté par le nombre incommensurable de documents qu'il nous eût fallu consulter pour mener

à bonne fin ce travail. Après avoir mûrement réfléchi, après avoir lu beaucoup de traités, beaucoup de communications, après avoir consulté quelques hommes autorisés, nous avons réduit d'une façon considérable nos prétentions. Nous avons en effet constaté qu'une des affections les plus communes — l'angine — pouvait nous permettre de faire un travail d'ensemble particulièrement intéressant.

Quand l'on compare, en effet, les descriptions de l'angine simple que nous ont laissées les meilleurs auteurs des siècles précédents avec celles des nosologistes des deux premiers tiers du XIX[e] siècle, on est tenté de croire que le changement introduit par ces derniers sont d'ordre tout à fait secondaire. Cependant, comme le fait remarquer Chauveau, cette impression n'est pas exacte. Les modifications subies à cette époque par cette entité morbide sont en réalité beaucoup plus importantes. Si l'étiologie reste encore dans la pénombre, si la question d'épidémies véritables ou parfois même de cas de contagion est résolue de façons très diverses, on s'accorde de plus en plus à faire jouer, parmi les nombreuses variétés topographiques, un rôle prépondérant à l'angine tonsillaire, devinant ainsi, en quelque sorte, que l'amygdale est, pour les agents pathogènes, un « locus minoris résistentiœ ». De plus, on oppose d'une façon beaucoup plus nette qu'auparavant la forme inflammatoire de Boerhaave ou angine phlegmoneuse à l'angine catarrhale ;

beaucoup d'auteurs insistent sur ce fait que l'une est profonde et l'autre superficielle. BAMBERGER fera reposer sur cette distinction la pathologie pharyngée, exagérant ainsi la portée scientifique des données anatomiques. — Dans cette même angine phlegmoneuse, les progrès de l'examen physique (surtout l'exploration bimanuelle) et les renseignements fournis par les nécropsies tendent à faire distinguer une forme tonsillaire et une forme péritonsillaire que LASÈGUE séparera d'une façon définitive, en leur assignant des symptômes spéciaux.

Le type de l'esquinancie, déjà démantelé par BOERHAAVE, VAN SWIETEN, SAUVAGE, etc., se fragmente en types morbides distincts, cette fois mieux justifiés au point de vue clinique que précédemment ; et, comme la diphtérie joue un rôle de plus en plus considérable dans les préoccupations générales et qu'on lui prête pour ainsi dire toute l'importance du diagnostic dans les plegmasies pharyngées, la séparation des angines rouges et des angines blanches est déjà ébauchée.

D'autre part, l'angine pharyngée, déjà étudiée précédemment, est maintenue, avec des considérations nouvelles qui en montrent la légimité. Ainsi, BOISSIER en tracera un tableau qui prouve qu'il avait entrevu la pharyngite sèche et LASÈGUE laissera une étonnante peinture du catarrhe du cavum se généralisant au reste du pharynx. On sera moins heureux pour la pharyngite inférieure, bien qu'on

décrive des abcès de la racine de la langue et des épiglottites.

Bien entendu, cette tendance à admettre le polymorphisme des inflammations gutturales ne s'établit pas sans conteste.

Il faut combattre avec acharnement les idées d'auteurs convaincus qui soutiennent (et ils ont raison dans beaucoup de cas) que les distinctions topographiques n'ont pas de raison d'être à cause du caractère diffus et envahissant des lésions. Parmi celles-ci, le sphacèle si souvent mentionné autrefois, sera non seulement regardé comme exceptionnel, mais même nié pendant un temps assez long ; et lorsqu'on en acceptera définitivement l'existence, sa nature secondaire sera presque toujours admise.

Rappelons enfin qu'une question du plus haut intérêt sera posée à propos de l'angine pseudo-membraneuse, celle de savoir si l'affection ne peut pas, chez des sujets prédisposés, prendre toutes les allures d'une angine simple, de telle sorte que le génie épidémique réaliserait dans la gorge les inflammations les plus diverses et les plus dissemblables d'aspect, sans que, pour cela, ses propriétés nocives se soient sérieusement modifiées.

Et nous voilà dans le 2e tiers du XIXe siècle ! Pasteur va publier ses travaux, dont le retentissement est énorme, même en spécialité ; la notion de contagion va tout primer ; l'angine va être surtout une infection ; elle va presque ressortir du bistouri

du chirurgien ; elle ne sera pour ainsi dire plus médicale.

Et cependant les anciens avaient raison dans beaucoup de cas ! Les angines sont de diverses natures et, souvent, elles ne sont que la manifestation locale d'une infection générale, nous aurons l'occasion de le démontrer. Nous verrons en même temps que la tendance actuelle du spécialiste est trop exclusivement spéciale, si l'on peut s'exprimer ainsi. Les médecins du commencement du XIX[e] siècle étaient trop des médecins généraux qui ne considéraient que la maladie générale, qui ne voulaient pas reconnaître l'existence de la lésion locale ; les spécialistes actuels ont la tendance contraire ; ils considèrent trop exclusivement la lésion locale, sans se préoccuper du processus général dont elle est souvent une simple manifestation. Et ce qui déjà se constate en pharyngologie et en laryngologie est bien plus net encore en otologie et en rhinologie. Combien d'otites suppurées chroniques à qui l'on impose un évidement avant de se préoccuper de savoir s'il n'y a pas une spécificité quelconque en jeu, combien de sinusites que l'on trépane avant d'essayer le mercure et l'iodure, combien d'angines rhumatismales que l'on badigeonne sans soumettre les malades au traitement salicylé.

Voici donc quel sera le plan que nous suivrons :

Dans un premier chapitre nous décrirons les idées de Pinel, de Moutard-Martin (1806), de

Renauldin, Chomel et Blache et enfin Roche, qui résument admirablement les théories en honneur à cette époque au sujet des angines.

Dans un deuxième chapitre, nous exposerons sommairement les principaux courants d'idées sur les angines qui apparaissent au cours des deux premiers tiers du XIXe siècle.

Dans un troisième chapitre, nous étudierons les auteurs qui ont eu une influence nette sur l'évolution des idées en matières d'angines, au cours de cette même période.

Dans un quatrième chapitre, nous passerons en revue les conquêtes de la spécialité, au point de vue des angines, depuis 1875, depuis Pasteur, et nous ferons une revue générale des idées actuelles que nous opposerons au tableau du premier chapitre.

Dans un cinquième chapitre enfin, nous montrerons tout ce qu'avait de bon la théorie ancienne qui faisait toujours de l'angine une manifestation locale d'une maladie générale et nous tâcherons de prouver que, du moins, en cette matière, les spécialistes ont une tendance trop marquée à se désintéresser de la pathologie et de la clinique générales pour n'observer et ne soigner que la petite lésion locale. Nous essayerons enfin de montrer comment peu à peu se sont dégagées nos connaissances pharyngologiques actuelles au milieu du fatras des documents multiples et des erreurs pathologiques

multiples aussi ; nous verrons comment on est arrivé à la conception actuelle des angines après bien des tâtonnements, il faut le dire, et nous conclucrons enfin en demandant aux spécialistes de se préoccuper davantage encore de la raison générale, nous allions dire de la raison spécifique, de la lésion pharyngée.

CHAPITRE Ier

Les Angines à la fin du XVIIIe siècle

Un nom résume toute la question, à la fin du XVIIIe siècle : c'est Pinel. Pinel a fait école, Pinel a eu de nombreux disciples, Pinel a été écouté et imité : c'est lui qui, le premier, a eu des opinions unicistes par rapport à l'angine.

Pour lui, l'angine peut être analogue à l'inflammation des membranes muqueuses, en affectant la membrane interne de l'arrière bouche, du pharynx, du larynx, ou bien participer à la nature du phlegmon, en atttaquant les amygdales et les glandes salivaires.

Elle portera plus ou moins les caractères de l'inflammation musculaire, suivant qu'elle affectera les muscles releveurs de l'os hyoïde, ceux du larynx, ceux du pharynx, ceux de la luette ou du voile du palais. Les connaissances profondes de Boerhaave

sur l'anatomie, son esprit de méthode et son laconisme de rédaction ne brillent nulle part mieux, d'après Pinel, que dans ce qu'il a écrit sur l'angine inflammatoire ; mais ce serait une erreur de confondre avec ce qu'on appelle maux de gorge gangreneux, ce que Boerhaave désigne du nom d'angine gangreneuse qui n'est qu'une terminaison de l'inflammation. On doit même regretter que cette autre maladie ait échappé à sa sagacité, puisqu'elle a été indiquée par Arétée (lib. I, cap. IX) et qu'après s'être montrée successivement dans différentes parties de l'Europe, avec le caractère d'épidémie, on en a donné plusieurs fois les descriptions les plus exactes. Pourquoi Stoll, dans ses Aphorismes, n'a-t-il pas suppléé à cette omission, se demande Pinel qui ajoute : « J'ai publié, dans la *Gazette de Santé*, en 1789, des notices sur une semblable épidémie qui venait de régner dans une contrée de l'Angleterre, et qui avait été décrite avec exactitude dans le journal de médecine de Londres. »

D'autre part, pour Pinel, les jeunes gens et les jeunes filles d'un tempérament sanguin sont les plus exposés à contracter une angine par un exercice violent et pénible, la déclamation oratoire, le chant, les cris, l'équitation en sens contraire d'un vent froid et violent, etc. Si le siège de l'angine est principalement dans la trachée-artère : chaleur, douleur dans cette partie, fièvre aiguë, voix frêle et avec sifflement, respiration fréquente, etc. Si le

larynx est plus particulièrement affecté, il se joint aux symptômes précédents une douleur vive lors de l'élévation du pharynx, une voix très aiguë, un danger imminent de suffocation, etc. et c'est sans doute l'espèce la plus alarmante. Si l'affection porte plus directement sur le pharynx, déglutition très douloureuse ou même impossible, la matière alimentaire ou les boissons revenant par les narines. Enfin, si le siège du mal est dans les amygdales, la respiration est très gênée, le passage de l'air à travers les narines est plus ou moins obstrué, l'excrétion des mucosités des amygdales fort augmentée, la douleur est aiguë et se propage jusqu'à l'oreille interne.

L'angine inflammatoire en général peut se terminer par une résolution bénigne de la maladie, par suppuration, par abcès, par gangrène, par l'exsudation de l'albumine et par la formation de ce qui s'appelle une fausse membrane, propre à boucher les passages de la respiration et à suffoquer.

L'angine inflammatoire est une maladie qui, dès les premiers temps, demande les secours les plus actifs, soit en portant le relâchement dans les parties affectées par des fomentations à l'extérieur, des gargarismes tièdes, l'eau en vapeur, soit en agissant sur les voies alimentaires par des boissons abondantes et l'usage réitéré des clystères, soit enfin en déterminant une irritation vers les extrémités inférieures, par des pédiluves chauds et très prolongés.

PINEL décrit aussi, d'après ses prédécesseurs, le mal de gorge gangréneux ; ses symptômes ordinaires sont : douleur de tête et de l'arrière-bouche, fièvre légère, toux, nul gonflement à l'extérieur, quelques légères traces d'inflammations dans quelque partie du pharynx. Vers le troisième jour, éruption chancreuse dans cette partie ou au voisinage, avec formation d'une pellicule blanche ; ensuite accroissement de la douleur et de la difficulté à respirer, voix rauque et comme par sifflement, quelquefois extinction de la voix. Vers le sixième ou septième jour, croûte gangréneuse, pâleur et lividité de la face, régurgitation des boissons par le nez, respiration difficile, voix éteinte, pouls petit et fréquent, etc. « On ne peut guère reconnaître les caractères de la fièvre, et c'est d'après les principes généraux connus que le traitement doit être dirigé, en portant également ses vues sur l'affection locale. C'est dans des affections semblables, où la nature ne développe que des efforts impuissants ou nuisibles, qu'il faut porter des secours prompts, prévenir ou modérer les progrès ultérieurs de la maladie et montrer autant de lumière dans le choix des moyens que d'habileté dans l'art de les diriger. »

Malgré les opinions plutôt unicistes (par rapport à l'angine) de PINEL, les idées traditionnalistes continuent à être acceptées au début du XIXe siècle, comme il fallait s'y attendre.

La thèse de MOUTARD-MARTIN, qui date de 1806 et qui porte le titre de *Propositions sur les différentes*

espèces d'angines, est, après le traité de PINEL, le premier travail important à consulter, du moins en ce qui concerne les écrivains de langue française, car il ne faut pas oublier les ouvrages de FRANK et d'HÉBERDEN qui ont paru au début du XIXe siècle et qui sont particulièrement intéressants.

MOUTARD-MARTIN conserve au terme angine toute l'étendue de sa signification traditionnelle ; ce terme, dit-il, signifie « resserrement, suffocation, on y attache ordinairement l'idée d'une maladie plus ou moins inflammatoire, occupant les organes de la déglutition, le larynx ou la trachée-artère. » Cependant les efforts de BOERHAAVE et de VAN SWIETEN, qui s'étaient heureusement inspirés de GALIEN, n'avaient pas été entièrement perdus car, à l'exemple de PINEL, l'auteur sépare nettement la phlegmasie laryngée de la phlegmasie gutturale. « Sous le rapport de leur siège, les angines se trouvent divisées tout naturellement en deux sections, selon qu'elles affectent les organes de la respiration ou de la déglutition. » D'autre part, MOUTARD-MARTIN, ainsi que plusieurs de ses contemporains (HÉDOUIN, FLAUST, LEMERCIER, etc.) insistent beaucoup sur l'intensité variable du mal, remarque déjà ancienne, mais sur laquelle il était bon de revenir, à cause de sa valeur clinique, en présence de la multiplicité assez artificielle en somme des types d'inflammations gutturales admises depuis BOERHAAVE, VAN SWIETEN, SAUVAGE. « Si l'inflammation est très vio-

lente, l'angine est dite inflammatoire ; elle est dite catarrhale, si l'inflammation et légère. »

Moutard-Martin admet encore les variétés syphilitique, aqueuse, pharyngée, tonsillaire. L'étiologie qu'il énumère est purement traditionnelle et sans intérêt par conséquent. Il n'aborde même pas en effet la question de l'influence des constitutions médicales, qu'avaient établie, au milieu de beaucoup d'erreurs, les travaux intéressants de Sydenham, Huxham, Stoll, etc. Pour lui, l'angine pharyngée se distinguerait par la localisation des phénomènes inflammatoires à la partie postérieure du pharynx, par une sécrétion très abondante, claire et visqueuse, par une dysphagie très intense, puis une dyspnée presque nulle.

L'angine tonsillaire qui, comme la précédente, existerait rarement à l'état isolé, se caractérisait par la saillie considérable des amygdales très rouges et recouvertes ça et là de plaques blanchâtres. Les douleurs s'irradieraient volontiers dans les parties voisines, principalement dans les oreilles où elles seraient souvent fort pénibles et accompagnées de bourdonnements. L'amygdalite serait en somme l'angine la plus fréquente, la plus violente, celle qui détermine le plus de gonflement des parties atteintes.

L'angine aqueuse serait une angine peu franchement inflammatoire, bâtarde et caractérisée par une infiltration séreuse des parties malades. On trouve

déjà des faits semblables signalés dans BOERHAAVE et VAN SWIETEN. C'est l'angine œdémateuse sur laquelle on insistera de nouveau vers le milieu du XIXe siècle.

RENAULDIN, dans son article Angine du *Dictionnaire en 60 volumes* (1812), s'inspire à peu près des mêmes idées que MOUTARD-MARTIN. Comme beaucoup de ses prédesseurs, il admet une angine œsophagienne, terme vicieux qui sera bientôt remplacé par celui d'œsophagite. Il insiste sur les points blanchâtres, dont sont tachetées les tonsilles malades et il signale nettement les complications auriculaires. Comme de nombreux auteurs contemporains, il confond, avec la diphtérie, la gangrène pharyngée ; enfin il décrit, comme fréquente, l'angine pharyngée, qui se cantonnerait exactement aux parois pharyngés sans intéresser les amygdales et qui se caractériserait par les symptômes suivants : « On la reconnait à la rougeur et au gonflement de la partie postérieure du pharynx qui est aussi parsemée de taches blanchâtres, à la raucité de la voix, à la douleur, à la difficulté de la déglutition qui devient même impossible lorsque la partie supérieure de l'œsophage participe à l'inflammation ; d'où il résulte que les boissons et les aliments, ne pouvant franchir l'obstacle, sont rejetés par les narines. Le malade éprouve une douleur d'oreille provenant de l'irritation de la trompe d'Eustache et il rend par la bouche un mucus visqueux plus ou moins abondant ».

BLACHE et CHOMEL, dans leur article Angine du *Dictionnaire en 30 volumes*, distinguent l'amygdalite de l'angine proprement dite pour les raisons suivantes : elle en différerait « par son siège dans un organe d'une texture particulière, par l'intumescence considérable qui l'accompagne, par la suppuration profonde qui le termine fréquemment, et par l'induration chronique à laquelle elle donne lieu, lorsqu'elle s'est reproduite un certain nombre de fois. » Ils mentionnent pour mémoire les angines périodiques, ils décrivent une épidémie d'angine simple, observée dans l'arrondissement de Condom, ils notent assez longuement les complications auriculaires et racontent en quelques lignes l'histoire de l'angine phlegmoneuse. Cependant, CHOMEL signale les granulations pharyngées.

Enfin ROCHE, dans l'article Angine du *Dictionnaire en 15 volumes*, nie absolument les angines périodiques, insiste sur l'importance étiologique des troubles menstruels, décrit l'amygdalite phlegmoneuse comme une complication de l'angine simple, et il étudie, après STOLL et FRANCK, une variété d'angine bilieuse (qui n'est peut-être qu'une perturbation fonctionnelle locale due au mucus ingéré).

Telles sont les principales idées directrices au sujet des angines, à la fin du XVIIIe et au commencement du XIXe sicle. C'est presque le néant. On admet de nombreuses variétés d'angines, on s'occupe très peu de leur étiologie, de leur marche, de leur

évolution. On considère que les unes sont simples, et les autres compliquées et l'on est persuadé que tout dépend des humeurs de l'organisme, du sang, de la constitution. Tout cela est obscur, difficile à comprendre, plus difficile encore à interpréter.

CHAPITRE II

Les étapes de la pensée médicale au sujet des angines au cours des deux premiers tiers du XIXe siècle

Nous l'avons déjà vu dans le précédent chapitre, comme dans les époques antérieures, on continue, à la fin du XVIIIe siècle, à discuter sur le nombre des entités morbides. Des esprits simplistes n'admettaient guère qu'une seule variété d'angines, susceptible, il est vrai, de modifier parfois son type habituel, mais d'une façon peu importante, et parmi ces auteurs, nous devons citer tout particulièrement Pinel, puis Roche, Rostan, Sandras et Fuchs. C'était une réaction contre les divisions trop multiples de Boerhaave, Van Swieten, Sauvage, Hoffmann, Stoll, Frank, basés sur une topographie artificielle et une symptomatologie trop quintessenciée. Les inflammations soi-disant iso-

lées du voile, des piliers, de la luette n'avaient pas grande raison d'être, il n'en était pas de même de la forme catarrhale diffuse, appelée généralement angine gutturale, angine palatine et de l'amygdalite, dénommée angine tonsillaire.

La distinction des affections de l'isthme de celles du pharynx proprement dit, bien que souvent fictive, à cause de la coïncidence habituelle de ces deux phlegmasies, est exacte, cependant, dans les cas où l'amygdale pharyngée est seule intéressée, l'inflammation diffusant du cavum, ou bien quand il s'agit d'une poussée aiguë de pharyngite sèche. On ne peut point dire non plus que l'admission par un grand nombre d'auteurs d'une pharyngite aiguë inférieure ait été une vue de l'esprit. Plusieurs parlent d'une phlegmasie de la base de la bouche ; quelques-uns, comme Sachse, vont même plus loin et incriminent des lésions siégeant à la naissance de l'épiglotte ou sur les replis qui en partent. L'unification un peu trop arbitraire des différentes formes d'angine reçut du reste une atteinte sérieuse vers la fin du XIXe siècle, à mesure qu'on connût mieux la symptomatologie. Il se créa alors une série de types morbides qui sont restés et sur lesquels nous aurons l'occasion de revenir.

L'étiologie admise par les époques antérieures, n'a pas beaucoup varié. Même pour l'angine diphtérique, on continue à incriminer le froid, l'humidité et par conséquent les saisons rigoureuses, les brus-

ques changements de température. Il fallut, pour qu'on abandonnât ces causes traditionnelles, que BRETONNEAU eut insisté sur la transmission du mal et que TROUSSEAU eût démenti que la diphtérie pouvait frapper dans tous les climats et toutes les localités.

Ce qui trompait beaucoup d'observateurs, c'est que les rhumes, les grippes, les coqueluches, en créant, au niveau du pharynx, un locus minoris resistentiœ, favorisaient, par cela même, l'invasion du bacille de Loeffler. Il ne faut pas oublier, du reste, que si la contagion a fini par être admise, elle ne l'a été qu'après d'innombrables discussions et de très vives résistances. L'idée d'une constitution médicale, engendrant tantôt des angines simples, tantôt des angines malignes, a régné pendant fort longtemps, surtout en province. D'ailleurs les partisans les plus déterminés de TROUSSEAU, et TROUSSEAU lui-même, admettaient volontiers que la diphthérie prenait parfois, sous l'influence du génie épidémique, l'allure d'une phlegmasie ordinaire chez certains sujets. Notons que quelques auteurs soutenaient que l'angine simple pouvait régner épidémiquement et devenir contagieuse sous l'influence de diverses conditions atmosphériques ; mais ceci était généralement contesté.

L'anatomie pathologique microscopique est en général si évidente, grâce à la situation bien en vue du pharynx, que beaucoup d'observateurs ont basé

sur elle des variétés congestive, catarrhale, interstitielle, œdémateuse, couenneuse, etc. En outre, la profondeur des lésions a été invoquée de bonne heure pour distinguer les phlegmasies superficielles des phlegmasies profondes ou interstitielles. BAMBERGER fait reposer sur elle toute la pathologie pharyngée et c'est sur cette notion également que s'appuieront longtemps les allemands pour admettre une inflammation croupale et une inflammation diphtérique.

L'observation au lit du malade, c'est-à-dire la symptomatologie, la marche, ont été les bases principales sur lesquelles se sont fondés les grands cliniciens de l'époque pour séparer les phlegmasies pharyngées des espèces morbides distinctes. Déjà BRETONNEAU avait montré que la pseudo membrane peut être engendrée par des causes très différentes, mais que sa tendance envahissante et son origine contagieuse suffisent à caractériser la diphtérie. En étudiant attentivement les autres pharyngites avec lesquelles on devait la différencier, on parvint à en séparer nettemment le muguet et l'herpès du pharynx. L'érysipèle guttural fut bientôt mis hors de doute, grâce à GUBLER.

Il en fut de même de la gangrène du pharynx et, à ce propos, on signale l'existence d'angines septiques, en quelque sorte foudroyantes, qui tuaient rapidement, par une sorte d'empoisonnement du sang. L'angine syphilitique, d'abord assez vaguement

décrite, prit aussi une importance de plus en plus considérable, surtout les accidents pharyngés tertiaires et secondaires de la vérole. Enfin, l'angine chronique, d'abord à peu près réduite à l'histoire des inflammations chroniques des amygdales palatines, se constitua bientôt, lorsque Chomel eût signalé les granulations pharyngées.

Les complications entrevues, mais fort mal décrites jusqu'ici, sont dépeintes d'une façon beaucoup plus scientifique. En effet, non seulement on précise l'angine phlegmoneuse par des connaissances plus étendues d'anatomie topographique, mais on édifie un nouveau type morbide très intéressant, celui des abcès rétro-pharyngiens, dont on indique les rapports longtemps méconnus avec les lésions pharyngées. D'autre part, l'œdême de la glotte explique certaines terminaisons foudroyantes des angines. Le sphacèle admis, mais comme rareté, est regardé comme une terminaison possible de quelques états pharyngés secondaires. Certains pensent que l'inflammation est impuissante à expliquer ce sphacèle et qu'il faut admettre un empoisonnement du sang. Comme complications à distance, on signale, sur la fin de la période qui nous occupe, l'albuminurie, les paralysies, les lésions cardiaques, les exanthèmes, les arthrites ; mais la pathogénie de ces troubles viscéraux reste obscure et quelques-uns, comme Lallemand, admettent même son origine nerveuse, la théorie des réflexes commençant à cette époque à jouir d'un grand prestige.

Le pronostic présenta cette particularité intéressante que les médecins les plus distingués de l'époque se décidèrent enfin à admettre, comme les anciens, après avoir longtemps soutenu que les désordres locaux étaient les seuls à redouter, que l'angine peut tuer à la façon d'une maladie générale. L'affirmation eut lieu d'abord pour la diphtérie dont on décrivit la forme maligne qui foudroie à la façon d'un toxique. On accepta bientôt cette idée pour l'érysipèle du larynx, et cela fut gros de conséquences; car c'est en s'appuyant sur ces faits que plus tard les Professeurs Bouchard et Landouzy feront de l'angine l'équivalent d'une maladie générale. Déjà, du reste, Parrot, en se basant sur ces considérations spéciales, avait soutenu que l'herpès du pharynx est l'analogue d'une pneumonie.

D'autres questions aussi furent soulevées, qui méritaient d'attirer vivement l'attention des théoriciens, c'était l'importance attribuée par Gubler et d'autres à la classification étiologique; c'était aussi l'existence de la spécificité qui fut soulevée expressément pour la diphtérie par Bretonneau et Trousseau, notion bientôt incontestable et qui ruina le système de Broussais; il faut citer encore les empiètements de la physiologie, de l'anatomie pathologique, l'influence des diathèses sur les affections pharyngées, le retentissement des lésions de l'anneau de Waldeyer (amygdales palatines décrites par Dupuytren, Robert et Lasègue), sur le développement des jeunes sujets.

Vers le milieu du XIXe siècle ou plutôt dans la première partie de la seconde moitié du XIXe siècle on commence à connaître les affections pharyngiennes supérieures et inférieures, grâce au miroir de GARCIA, vulgarisé par CZERMAK.

Malgré l'allure contagieuse de la diphtérie, celle-ci se cantonne si bien, dans beaucoup d'épidémies, au pharynx, que BRETONNEAU lui-même attribue tout le danger à l'obstruction mécanique. Beaucoup disaient encore que la diphtérie était une maladie locale et il fallut de terribles exemples pour désabuser le corps médical. Les angines septiques foudroyantes, décrites par TROUSSEAU, firent la même impression désastreuse sur ce clinicien éminent, malgré l'absence de fausses membranes. Enfin l'herpès du pharynx, assimilé d'abord à une éruption sans importance et purement locale aussi, est peu à peu considéré comme l'analogue des pyrexies exanthématiques, à mesure qu'on connaît mieux sa symptomatologie et ses coïncidences morbides. La pathologie nous a livré le secret de ces apparentes contradictions. Elle nous a montré qu'en outre de l'infection diphtérique, il y a les streptococcies, les sataphylococcies, les pneumococcies, qui peuvent se cantonner dans la gorge ou au contraire se diffuser à tout l'organisme.

Dans cette évolution de nos connaissances médicales sur les angines, le rôle le plus important, le plus décisif appartient incontestablement à l'école

de Paris ; les Allemands ont décrit l'angine épiglottique (Sachse), l'angine de Ludwig, ils ont déterminé les différences entre l'angine superficielle et l'angine interstitielle et, grâce au miroir, ils ont étudié le cavum et le pharynx inférieur ; mais les idées de Senator sur les phlegmasies croupales et diphtériques ont fait long feu ; les Anglais, qui, au XVIII[e] siècle, avaient particulièrement brillé en pathologie pharyngée, semblent se désintéresser de la question; cependant ils étudient l'angine granuleuse, l'abcès rétro-pharyngien et Wade décrit l'albuminurie dans les angines diphtériques. Et nous arrivons ainsi à l'époque contemporaine.

CHAPITRE III

Les personnalités qui ont hâté l'évolution des idées médicales en matière d'angines dans les deux premiers tiers du XIXe siècle

Nous allons rapidement passer en revue les quelques noms qui ont marqué, par leurs études originales, dans l'histoire des différentes sortes d'angines.

Dans l'angine aiguë simple, nous trouvons Rilliet et Barthez qui divisent cliniquement les angines en bénignes et malignes, en primaires et en secondaires, Lasègue, qui distingue les isthmites des pharyngites, Broussais qui indiqua l'existence d'une angine érythémateuse très rouge et non pénétrante.

Au point de vue de l'angine phlegmoneuse, il faut citer les cas de Le Dentu, Guéniot, la thèse de Jac-

QUEMART, la péritonsillite de CHASSAIGNAC, les études de MONDIÈRES, de GILLETTE (ganglions rétro-pharyngiens de Gillette).

L'angine herpétique doit beaucoup à WILLAN, à son élève BATEMAN, à BRETONNEAU, surtout à GUBLER et à LASÈGUE; enfin PARROT, développant une idée qui était déjà en germe chez GUBLER et LASÈGUE, considère l'herpès comme une perturbation de l'économie tout entière — avec détermination possible sur les amygdales.

L'angine rhumatismale a été bien vue et étudiée par FRANCK, puis par BOUILLAUD, MONNERET, VALLEIX, BLACHE et CHOMEL. TROUSSEAU comprit les rapports de l'angine et du rhumatisme et l'antériorité de celle-là.

Pour l'angine érysipélateuse, nous trouvons les noms de RAYER, GUBLER, GULL, GOUPIL, LABBÉ, TROUSSEAU et surtout LASÈGUE, qui lui consacre un chapitre de son traité des angines.

Avant BRETONNEAU, on faisait jouer un grand rôle au sphacèle guttural ; avec l'école de Tours, l'angine gangréneuse subit une véritable éclipse ; mais GUBLER rétablit ce type morbide dans le cadre de la pathologie pharyngée.

L'angine diphtérique, presque passée sous silence avant le XIXe siècle, a fait l'objet de retentissantes communications de RILLIER et BARTHEZ (traité des maladies des enfants), de BRETONNEAU, qui eut l'honneur d'établir sa nature clinique, de TROUS-

SEAU, qui décrivit la forme maligne foudroyante et qui insista sur certains points très importants au point de vue clinique et thérapeutique ; en dehors d'eux, il faut rappeler les noms de LASÈGUE, MONNERET, BOURGEOIS, PETER, WADE, BERGERON, CHOMEL, SÉDILLOT, LABADIE-LAGRAVE, MORISSEAU, ORILLARD, EMPIS, GUBLER, VULPIAN, etc.

L'angine chronique (scrofuleuse) a fait l'objet des travaux de BAZIN, IZAMBERT, l'angine granuleuse doit beaucoup à CHOMEL et PETER et l'amygdalite a été étudiée par LASÈGUE, ainsi que l'angine chronique catarrhale.

L'angine de la rougeole a été notée par GIRARD, CHABRIER, MENIÈRE, LASÈGUE ; l'angine de la scarlatine a été observée par TROUSSEAU, RILLIET et BARTHEZ, JACCOUD, ANDRAL, LASÈGUE.

Citons pour mémoire les déterminations pharyngées de la fièvre typhoïde, de la goutte, des intoxications et arrivons à l'angine du muguet que l'on tend à rejeter aujourd'hui et qui a fait l'objet des travaux nombreux dus à BERG, GRUBY, ROBIN, GUBLER, Jules LEMOINE, PARROT, QUINQUAUD, etc.

Les déterminations pharyngées de la stomatite ulcéro-membraneuse ont été connues grâce à BERGERON, celles de la stomatite aphteuse, grâce à BAMBERGER et DUGÈS.

HUNTER, BELL, BABINGTON, DEVERGIE, CAZENAVE, BONNIER, GUBLER, LASÈGUE et surtout RICORD observent la syphilis des amygdales et du pharynx ;

de même Ricord, Cornil, Trélat recherchent la tuberculose aigüe du pharynx que décrit Isambert (maladie d'Isambert). Le lupus de la gorge est étudié par Tardieu, Hamilton, Bazin, Fournier, Hérard, tandis qu'Ollivier, puis Graves et Bollinger observent la morve de la gorge et que Fournier, Cazenave, Hardy et Labarraque s'intéressent aux déterminations pharyngées de la lèpre.

Puis Pasteur apparaît et apporte avec lui la notion de contagion par la connaissance du microbe : il va bouleverser la pathologie pharyngée.

CHAPITRE IV

Les angines depuis Pasteur

Le temps n'est plus où, un peu dédaigneux de la clinique, on songeait à faire de la bactériologie la base de la classification des angines ; c'est du moins l'avis des spécialistes et des cliniciens : on exigeait trop du microbe.

N'était-ce pas se montrer bien difficile que de demander une réaction amygdalienne déterminée à un microbe comme le streptocoque, qui, inoculé à l'oreille d'un lapin, produit, suivant les cas, une simple rougeur, un érysipèle, un abcès ou une septicémie. N'était-ce pas espérer trop que de croire à la possibilité pour chaque microbe d'agir, dans une flore aussi riche que celle de la bouche, assez individuellement pour se créer son type d'angine ! C'est là pourtant ce qu'on entrevoyait presque il y a quelque quinze ans.

Pressentie par Lasègue, la qualité de maladie infectieuse de l'amygdalite aiguë venait d'être proclamée par Bouchard (1881) et admise par Kannenberg et toute une série d'auteurs, parmi lesquels nous devons citer tout particulièrement : Landouzy, Dubousquet-Laborderie, Cartaz, Jeanselme, Le Gendre, Richardière et Sallard.

En 1892, Chauffard demandait qu'une classification, basée sur la bactériologie, remplaçât la classification objective léguée par le passé.

En 1895, Landouzy se montrait plus pressant encore : « Ce n'est plus symptômatologiquement, disait-il, ce n'est plus anatomo-pathologiquement que nous avons le droit de juger et de prononcer en matière d'angines ; tout en ne négligeant rien de la vieille analyse de clinique, il nous faut juger étiologiquement, et le moyen nous en est offert par l'examen bactériologique. »

Dès cette époque cependant, au cours d'une revue générale sur la bactériologie des angines (1896), Lemoine constatait la difficulté de pareille entreprise pour tout ce qui n'est pas angine pseudo-membraneuse. Cependant la majorité des cliniciens et des spécialistes ont attendu, se sont appliqués à mieux connaître le terrain sur ce que les microbes organisés livrent bataille à l'organisme et leurs classifications actuelles des angines, que l'on consulte Ruault, Lermoyez, Chauveau, Moure, Laurens, Escat ou Lannois, sont basées sur la profondeur des lésions, leur aspect et leur localisation.

A leur exemple, nous pouvons diviser les angines aiguës de la façon suivante : angines catarrhales, vésiculeuses et pseudo-membraneuses ; angines phlegmoneuses ; amygdalites ulcéro-membraneuses; pemphigus primitif du pharynx ; puis nous étudierons rapidement les pharyngites chroniques et enfin les angines spécifiques (tuberculose et syphilis).

Les angines aiguës ont chacune leurs particularités étiologiques, mais le mécanisme de leur développement offre de nombreux points communs à toutes.

On se trouve en effet en présence de divers épisodes de la lutte phagocytaire. La résistance locale et générale de l'économie joue un rôle capital dans l'apparition des angines. Normalement la défense est active : les agents pathogènes qui séjournent dans la bouche ou qui sont introduits par l'air inspiré, sont mis hors d'état de nuire par la phagocytose, qui s'exerce admirablement dans une région où abonde le tissu lymphoïde. La victoire habituelle de l'organisme dans cette lutte perpétuellement renouvelée peut être changée en déroute si la défense vient à faiblir ou si l'attaque est par trop vigoureuse. Souvent, d'ailleurs, une même cause agit par l'un et l'autre procédé. (Lannois.)

L'affaiblissement de la défense relève à la fois des causes générales et des causes locales ; ici aussi ces deux mécanismes sont généralement combinés. Pour les angines comme pour les autres infections les faibles, les débilités sont moins résistants.

L'étiologie peut être plus intime encore : à côté des angines de cause interne, il existe en effet des cas où l'amygdale se contamine en quelque sorte par l'intérieur. BOUCHARD et après lui KANNENBERG, LANDOUZY, CHAUFFARD, etc. ont insisté sur cet apport de microbes par voie sanguine. Il en est sans doute ainsi pour les angines des maladies générales, scarlatine, rougeole, etc., et pour les observations rapportées par FRÖLICH, où une angine succéda à une piqûre anatomique.

Les angines ne semblent pas avoir de prédilection spéciale pour l'un ou l'autre sexe ; elles sont surtout fréquentes chez les adolescents et les adultes.

Le refroidissement un peu prolongé sur une région quelconque, aux pieds aussi bien qu'à la gorge, se retrouve dans l'étiologie de la plupart des angines ; les climats froids et humides, les saisons de transition favorisent leur apparition.

Le voisinage d'une inflammation aiguë ou chronique, rhinite, stomatite, etc., prédispose à l'angine tant par la possibilité de la propagation de l'inflammation que par la suppression des fonctions normales de défense de l'organisme. L'influence des rhinites est particulièrement importante à ce point de vue ; le coryza aigu descend à la gorge ; la rhinite hypertrophique entraîne l'obligation pour le malade de respirer par la bouche, c'est-à-dire de recevoir par la gorge un air qui n'a pas bénéficié de son passage à travers les fosses nasales.

La défense locale est diminuée aussi chez les sujets ayant eu déjà des angines, chez les porteurs d'amygdales volumineuses ; chez eux, les aptitudes phagocytaires sont affaiblies et souvent le feu couve en une crypte, n'attendant qu'une occasion pour réaliser l'inflammation.

Les irritations locales causées par les vapeurs, les poussières, les traumatismes, les brûlures, les excoriations, les plaies, l'absorption des médicaments ayant une action sur la muqueuse (les iodures par exemple), les auto-intoxications, les influences nerveuses amenant une inhibition capable d'entraver la phagocytose sont autant de facteurs étiologiques possibles.

La contagion enfin a un rôle actif, en dehors même des infections spécifiques. Chacun a observé de petites épidémies familiales des angines les plus banales.

Ces diverses causes préparent la place aux microbes. Sans doute ceux-ci peuvent triompher seuls sans l'affaiblissement préalable de la défense de l'organisme, grâce à leur quantité ou leur virulence ; mais le plus souvent la pathogénie est complexe et l'influence du terrain prépondérante.

Les microbes pourront arrêter la pathogénie non seulement par leur nombre, mais encore en provoquant son ralentissement et son arrêt. On sait les variations de virulence dont sont capables les micro-organismes : un hôte inoffensif de la cavité

buccale deviendra tout à coup dangereux, se reproduira plus vite, etc., du fait d'une cause externe, par suite d'une association, etc.

Nous n'insisterons pas davantage sur cette pathogénie. Les microbes pathogènes seront étudiés ou plutôt simplement passés en revue à propos de chaque forme d'angine. Dans quelques cas, le rôle d'une espèce microbienne est prédominant ou même pathogéniquement exclusif ; mais en général pour les angines non spécifiques, on peut, avec SALLARD, croire à la multiplicité des espèces parasitaires dans la genèse des inflammations aigües. On retrouve là tous les micro-organismes qui normalement habitait la bouche ; signalons toutefois la présence presque constante du streptocoque. L'action des microbes secondaires associés reste toujours difficile à déterminer. Un même microbe, un streptocoque, par exemple, peut du reste engendrer une angine simple, une angine phlegmoneuse, une angine à fausses membranes ; aussi n'est-on pas près d'avoir des indications bien précises sur les rapports étiologiques intimes de tel ou tel micro-organisme avec chacune des angines.

Nous n'avons pas à étudier ici les différentes espèces d'angine ; cela nous entraînerait trop loin.

Nous allons simplement jeter quelques idées à propos de chacune des formes, pour marquer le chemin parcouru.

Parmi les angines catarrhales, l'amygdalite catar-

rhale aiguë palatine a été étudiée surtout par MAC-KENZIE, TREIBMANNS, PÉPIN, BIANCHI ; l'amygdalite catarrhale aiguë pharyngée, ou adémoïdite aiguë ou catarrhe naso-pharyngien aigu a donné lieu à des travaux intéressants de RUAULT, de même que l'a-mygdalite catarrhale aiguë linguale.

Parmi les angines catarrhales diffuses, l'angine rhumatismale (FIEDLER, FOWLER, LEEDS, etc), est particulièrement intéressante ; FRANCK déjà avait cru pouvoir créer le type de l'angine rhumatismale sans rhumatisme ; notons aussi l'angine de la grip-pe, de la scarlatine (FOTHERGILL, HUXHAM), de la rougeole, de la rubéole, des oreillons, de l'urticaire; l'angine érysipilateuse est une des formes de l'érysi-pèle interne (GUINON) qui peut se compliquer d'ac-tions rétro-pharyngées et d'angine de LUDWIG. D'ail-leurs, pour CHANTEMESSE et WIDAL, cette dernière affection ne serait qu'une érysipèle de la gorge et de la région sus-hyoïdienne.

Les angines vésiculeuses sont idiopathiques ou symptomatiques d'une maladie générale. Les pre-mières constituent le groupe de l'herpès du pha-rynx ; les deuxièmes s'observent dans la variole, la varicelle ou les aphtes.

Avec LERMOYEZ, il faut distinguer trois variétés d'herpès du pharynx : l'angine herpétique (GUBLER, TROUSSEAU, LASÈGUE), l'herpès récidivant et le zona bucco-pharygien (OLLIVIER, HERZOG, LANDOUZY, LESMOYEZ).

Les angines pseudo-membraneuses, comprennent les angines diphtériques et les angines diphtéoïdes.

Nous avons vu que BRETONNEAU, en 1825 environ, proclame, de manière irréfutable, l'unité d'origine des diverses manifestations de la diphtérie, maladie contagieuse spécifique. Il l'appelait diphtérite, puis plus tard diphtérie, sous l'influence de son élève TROUSSEAU, qui s'était fait l'apôtre des idées de son maître et y avait ajouté les faits de sa propre expérience.

Un nouvel assaut fut livré à la notion de l'identité de nature du croup et de l'angine diphtérique par les anatomo-pathologistes allemands, à la suite de VIRCHOW et ROKITANSKY, mais l'école de PASTEUR imposa l'évidence de la doctrine de l'unité.

Déjà LABOULBÈNE (1861) avait rencontré des spores, des bactéries dans les fausses membranes diphtériques. TIGRI, ALLIER, JAFFÉ, DEMME, LETZERICH y avaient trouvé des schyzomycètes, FORMAD, du leptothrix ; ŒRTAL, du micrococcus et du bactérium termo, CORNIL, des microbes isolés ; ou en zooglées ; TALAMON, un bacille qu'il estimait être l'agent spécifique de la diphtérie.

KLEBS observa enfin un microsporon diphtericum, formé de bâtonnets et de microsphères ; c'était très certainement le véritable bacille de la diphtérie. Mais c'est à LŒFFLER (1884) que l'on doit la première étude approfondie de cet agent pathogène. ROUX et YERSIN confirmèrent ces travaux et les

complétèrent en découvrant la toxine diphtérique élaborée par ces bacilles. Ils signalèrent, en outre, l'influence des associations microbiennes, de l'infection streptococique en particulier, donc GAUCHER et BARBIER firent ressortir l'importance clinique.

Parmi les angines diphtéroïdes, citons celles à staphylocoques (ESCAT et MOREL, NETTER) à bacille de Friedlander (NICOLLE et HÉBERT), à cocci, à tétragène (DIEULAFOY), à oïdium albicans (ou muguet), BOULLOCHE, LEMOINE), à streptocoques (ROUX, YERSIN, MOREL, HALLOCK, BARBIER, WIDAL, LEMOINE, BEZANÇON, WURTZ, BOURGES, FREUDENBERG, RASKIN, LENHARTZ, AVIRAGNET, BOURGES et HUDELO, BOULLOCHE, etc).

Jetons un coup d'œil en passant sur les angines phlegmoneuses, bien étudiées par MOURE, ESCAT, BRINDEL, RUAULT, KILLIAN, STRUEBING, CARTAZ, MARION, SEIFERT, HÉLARY, MASSEI, MERKLEN, SAUVINEAU, etc., qu'il s'agisse de péritonsillite, d'abcès rétro ou latéro-pharyngiens ou de phlegmon diffus péri-pharyngien, et constatons que la gangrène du pharynx constitue une entité pathologique, maintenant distincte de la diphtérie.

D'autre part, l'amygdalite ulcéro-membraneuse, localisation amygdalienne de la stomatite ulcéro-membraneuse, est une infection désormais bien connue, due à la pullulation du bacille fusiforme.

Elle a été signalée par RUAULT, puis bien étudiée

par VINCENT, qui découvrait son bacille, par ORBEL, BERNHEIM, PLAUT, LEMOINE, RAOULT, THIRY et BRINDEL, BONNET et MOUTOT.

Le pemphigus aigu du pharynx a été l'objet d'une bonne thèse de MONTFORT dans le service de MOURE et le pemphigus chronique a donné lieu à des observations intéressantes de BROCQ, ROLLET, HÉRING et HÉBRA.

La question des pharyngites chroniques généralisées non spécifiques a été diversement envisagée par les auteurs. Dès 1862, SPENGLER distinguait la pharyngite granuleuse de la pharyngite folliculaire ou glanduleuse. Actuellement il y a deux théories : les uns, avec MOURE, se contentent de décrire deux formes, la forme granuleuse et la forme sèche ; les autres, avec ESCAT et LAUNOIS, distinguent trois formes de pharyngite chronique : la pharyngite catarrhale chronique diffuse, la pharyngite catarrhale chronique hypertrophique, la pharyngite catarrhale chronique atrophique, à laquelle on peut joindre la pharyngite chronique eczémateuse.

Parmi les affections chroniques spécifiques à déterminations pharyngées, la plus importante est la syphilis : le chancre a été décrit par RICORD, puis par DIDAY et bien étudié par MUENCHEIMER ; les accidents secondaires, déjà bien connus, ont été bien mis au point par MOURE, AUGAGNEUR ; les accidents tertiaires ont été bien observés par FOURNIER et ESCAT.

La localisation de l'infection tuberculeuse à la gorge et au pharynx a été signalée pour la première fois par MORGAGNI, mais son étude date seulement de la période contemporaine. Tandis qu'ISAMBERT décrivait la tuberculose miliaire aiguë du pharynx, l'action du bacille de Koch était successivement constatée sur la voûte palatine par MEYER, sur le voile, par TALAMON, CORRADI, sur l'amygdale pharyngée par DIEULAFOY, LERMOYEZ, BRINDEL, sur les amygdales palatines, par MOURE, MARCEL LABBÉ, LÉVI, etc., soit sous forme ulcéreuse, soit sous forme infiltro-œdémateuse, soit sous forme lupique.

Enfin nous devons mentionner la lèpre du pharynx (LENNOX BROWNE), l'actinomycose (ISRAEL, KŒLLER, PONCET et BÉRARD), la morve (MACKENZIE, MAC DONNEL, LEFEBVRE, BLANCHE, RAOULT, BRINDEL), et le mycosis ou mycose amygdalienne bien décrite par HÉRYNG, MOURE, MENDEZ BENITO, KRAUS, COLIN, GORIS, GAREL, ROBIN, GUINIER, etc.

CHAPITRE V

Coup d'œil synthétique sur les évolutions modernes et contemporaines des idées médicales en matière d'angines

Dans les chapitres précédents, nous avons passé en revue les diverses conquêtes de la médecine, en matière d'angines, dans le cours du XIX[e] siècle.

Essayons de dégager en quelques lignes les diverses étapes parcourues, essayons de faire comprendre l'évolution des idées au cours de ce siècle, qu'on a voulu appeler le siècle de lumière.

Nous sommes en 1800. Que sait-on sur les angines? Pas grand'chose. Il y a des médecins qui ont à leur sujet des idées arrêtées et croient avec PINEL, par exemple, que toutes les angines ont la même origine, c'est-à-dire sont des inflammations, des congestions locales qui se produisent toutes dans les mêmes conditions, selon le tempérament, selon

la constitution médicale de l'individu. On parle d'angines inflammatoires et de gangrène du pharynx et c'est à peu près tout.

Puis du temps passe ; on observe mieux le malade ; la clinique fait des progrès quotidiens sous l'impulsion des Bouillaud, des Laennec, des Broussais même ; des cliniciens apparaissent qui veulent se rendre compte des choses, qui examinent de près les malades, qui cherchent à comprendre, et c'est l'Ecole de Tours, avec Bretonneau, qui étudie la diphtérite, qui crée la diphtérie, entité morbide, — c'est Trousseau, son élève, qui apporte à Paris les idées de son maître, qui les fait siennes, qui les propage — qui non seulement étudie la diphtérie, mais toutes les angines, qui apprend à les connaître, à les individualiser, qui rejette dans l'ombre la gangrène toute puissante et qui admet la notion de contagiosité ; c'est Chomel, esprit observateur, c'est Gubler, qui étudie à fond l'herpès, l'érysipèle, la gangrène du pharynx, c'est Lasègue, et son si important Traité des Angines, qui est une mise au point admirable à laquelle il ne manque que la bactériologie...

C'est enfin Pasteur et la révolution qu'il détermine, en faisant triompher la notion de contagiosité — puis c'est toute l'école médicale contemporaine, avec ses éléments uniques au monde, les Cornil, Hérard, Roux, Jaccoud, Empis, Bucquoy, Landouzy, Debove, Dieulafoy, Robin, Chauffard,

Chantemesse, Widal, Vincent, etc., et parmi les spécialistes, les Lubet-Barbon, Ruault, Lermoyez, Moure, Escat, Garel, Lannois, Chauveau, Cartaz et tant d'autres qui, tous, ont apporté leur contribution à l'étude des angines et qui ont fait la pathologie pharyngée telle qu'elle existe aujourd'hui.

Comme nous l'avons vu, nous sommes loin des angines inflammatoires et de la gangrène du pharynx ; la pathologie pharyngée a une vie propre ; nous dirions bien volontiers que l'on oublie trop facilement que les lésions pharyngées sont exceptionnellement des lésions locales ; elles sont pour ainsi dire toujours des manifestations locales d'une affection générale et il serait à souhaiter que l'on n'oubliât jamais cette notion aussi essentielle que celle de la contagiosité, aujourd'hui bien établie.

CONCLUSIONS

I. — On peut dire qu'au commencement du XIXe siècle, l'étude des angines n'existait pas ; on connaissait tout au plus les angines inflammatoires et la gangrène du pharynx, et on considérait volontiers toute angine, quelle qu'elle fût, comme la manifestation locale d'une diathèse, d'une fièvre putride, d'une constitution spéciale.

II. — Peu à peu, au cours du XIXe siècle, sous l'impulsion de cliniciens éminents, Bretonneau, Trousseau, Chomel, Gubler, Lasègue, etc., l'étude des angines a fait des progrès considérables : à cette époque appartiennent la connaissance des angines herpétiques, érysipélateuses, rhumatismales, la notion de con-

tagiosité de la diphtérie, l'observation des angines chroniques spécifiques, etc.

III. — Puis Pasteur est venu et, avec ses découvertes biologiques, il a bouleversé toutes les idées admises jusque-là ; depuis ce moment, le microbe tend à tout expliquer ; cependant la clinique médicale contemporaine a complété les travaux de Pasteur par les notions nouvelles de la toxhémie, de la phagocytose et a renouvelé, pour ainsi dire, grâce à ces découvertes, toute la pathologie pharyngée.

IV. — De telle sorte, qu'actuellement on peut dire que toutes les angines sont des épisodes de la lutte phagocytaire, car la résistance locale et générale de l'économie joue un rôle capital dans l'apparition des angines, dont la contagion peut se faire par voie externe ou par voie sanguine.

V. — On voit donc que les angines, quelles qu'elles soient, ne sont pas seulement des infections locales ; comme la plupart des affections des voies aériennes supérieures, elles ont leur origine dans des maladies du voisinage ou dans des maladies générales. Devant une angine, il

ne faut par conséquent jamais oublier sa clinique et sa pathologie générales — et c'est en cela que les médecins de la fin du XVIII[e] siècle avaient raison.

Vu : *Le Président de thèse,*
CHAUFFARD.

Vu : *Le Doyen,*
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

BAMBERGER. — Virchow's specielle Pathologie, Erlangen, V. 1858.

BLACHE et CHOMEL. — Article Angine. Dict. en 30 volumes, Paris, 1830.

BOISSEAU. — Monographie organique. Paris, 1828.

CHAUFFARD. — Résumé de médecine pratique, Paris, Rouvier, 1853, in 8°

FRANCK. — Prax. med. univ. prœcepta. Leipzig, 1826-1843, 11 vol., 2e éd.

JACCOUD. — Pathol. int., 1e éd. Paris, 1869-71.

LASÈGUE. — Traité des Angines, Paris, 1868.

MONNERET. — Traité de pathol. int., Paris, Masson, 3 vol., 1864-66.

MOURE. — Angines aiguës, Paris, 1870.

MOURE. — Traité des maladies de la gorge, du nez et du larynx, Paris, 1910.

MOUTARD-MARTIN. — Proposition sur les différentes espèces d'angines, Thèse, Paris, 1806.

RENAULDIN. — Hist. angine. Dict. de méd. en 60 vol., Paris, 1812.

RILLET et BARTHEZ. — Traité théorique et pratique des maladies des enfants, Paris, 1844, 3 vol.

ROCHE. — Art. Angine. Dict. de méd. en 15 vol., 1833.

TROUSSEAU. — Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu, vol. I.

BONNEAU. — Des abcès du pharynx. Montpellier, 1851.

GILLETTE. — Des abcès réto-pharyngiens idiopathiques. Paris, 1867.

BATEMAN. — Traité des maladies de la peau, 1813, 8°.

BRETONNEAU. — Traité de la diphtérie. Paris, 1826.

GUBLER. — De l'herpés guttural. Soc. méd. des Hôp., Paris, 1857.

OLLIVIER. — Pathogénie de l'angine herpétique. Société de Biologie, 1871.

PARROT. — Fièvre herpétique. Soc. de Biologie, 1870.

CHOMEL. — Art. Angine, du Dictionnaire en 30 vol.

CORNIL. — Histoire de l'érysipèle du pharynx. Archives générales de médecine, 1862.

BALL. — Angine rhumatismale. Thèse d'agrégation. Paris, 1866.

Bouillaud. — Traité du rhumatisme. Paris, 1840.

Gubler. — Angine gangréneuse. Soc. méd. des hôp., 1857.

Andral. — Cours de pathologie interne, Paris, 1836.

Broussais. — Cours de pathol. et de thérap. gén., Paris, 1833-35.

Empis. — Diphtérie. Arch. gén. de méd., 1850.

Laboulbène. — Rech. clin. et anatom. sur les affections pseudo-membraneuses, Paris, 1863.

Girard. — Histoire de la rougeole. Soc. méd. des Hôp., Paris, 1869.

Bouchut. — Traité des enfants nouveau-nés. Paris, 1855.

Rayer. — Traité des maladies de la peau. Paris, 1835.

Gintrac. — Cours théorique et pratique de pathologie interne, Paris, 1853.

Blanchard. — Scorbut. Thèse de Paris, 1864.

Bucquoy. — Angines toxiques. Bull. Soc. méd. des Hôp., 1876.

Gubler. — Amygdalites et muguet. Mém. de l'Acad. de méd., 1858.

Sambert. — Contagion du muguet. méd. gaz. Hôp., Paris, 1855.

Ch. Robin. — Muguet. Traité des végétaux parasites, Paris, 1853.

Baumès. — Précis des maladies vénériennes. Paris, 1830.

BAZIN. — Leçons théoriques et pratiques sur les syphylisés, Paris, 1859.

BUCQUOY. — De l'angine syphilitique, France médicale, 1874.

CAZENAVE. — Traité des syphylisés. Paris, 1843.

DIDAY. — Traité des maladies vénériennes, Paris, 1870.

FOURNIER. — Leçons sur le syphilis. Paris, 1875.

RICORD. — Bull. de la société de Chirurgie. 1851.

RICORD. — Traité des maladies vénériennes, Paris, 1838.

VIRCHOW.— De la syphilis constitutionnelle. (traduction Picard). Paris, 1860.

BUCQUOY. — Angine tuberculeuse. Soc. méd. des Hôp., 1874.

ISAMBERT. —De la tuberculose miliaire pharyngo-laryngée, Paris, 1875.

LIOUVILLE. — Ulcération tuberculeuse du pharynx, Soc. anat. Paris, 1875.

HOMOLLE. — Thèse de Paris, 1875.

LABARAQUE. — Art. Lèpre, du Dictionnaire Jaccoud.

CHAUVEAU.— Histoire des maladies du pharynx. 4 g. vol. in-8.

LANNOIS.— Traité des maladies de l'oreille, etc. Paris. 1909.

ESCAT. — Pratique oto-rhinolaryngologique. Paris, 1908.

Consulter, de plus, les traités de médecine de Brouardel, Gilbert ; les traités de pathologie de Dieulafoy, etc.



IMPRIMERIE SPÉCIALE
de la Librairie OLLIER-HENRI
26 — Rue Monsieur-le-Prince — 26
PARIS (VIe)

